

FAMULATURZEUGNIS
(für Famulaturen in Einrichtungen der hausärztlichen Versorgung)

Die / Der Studierende der Medizin: _____

geboren am: _____ in: _____

ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

_____ / _____
vom _____ bis zum _____

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famula/
Famulus tätig gewesen. Während dieser Zeit ist die/der Studierende vorzugsweise mit
Tätigkeiten auf dem Gebiet:

beschäftigt worden.

Es wird bestätigt, dass es sich bei der Famulatur gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3 Approbations-
ordnung für Ärzte (ÄAppO) – in der Fassung ab dem 1. Oktober 2013 – um eine
Famulatur in einer **Einrichtung der hausärztlichen Versorgung*** handelt.

Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

vom _____ bis zum _____

....., den
Ort Datum

**(Stempel / Siegel der
Einrichtung)**

**Unterschrift des/der ausbildenden
Arztes/Ärzte**

* An der hausärztlichen Versorgung nehmen gemäß § 73 Abs. 1a SGB V folgende Ärzte teil:
1. Allgemeinärzte
2. Kinderärzte
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben
4. Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 SGB V in das Arztregister eingetragen sind und
5. Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

FAMULATURZEUGNIS
(für Famulaturen in der ambulant Krankenversorgung)

Die / Der Studierende der Medizin: _____

geboren am: _____ in: _____

ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

_____ / _____
vom _____ bis zum _____

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famula/
Famulus (**ganztägig und ausschließlich**) tätig gewesen. Während dieser Zeit ist die/der
Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet:

beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

vom _____ bis zum _____

....., den

Ort Datum

(Stempel / Siegel der
Einrichtung)

Unterschrift des/der ausbildenden
Arztes/Ärzte

FAMULATURZEUGNIS

Die / Der Studierende der Medizin: _____

geboren am: _____ in: _____

ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

_____ / _____
vom _____ bis zum _____

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famula/
Famulus tätig gewesen. Während dieser Zeit ist die/der Studierende vorzugsweise mit
Tätigkeiten auf dem Gebiet:

beschäftigt worden.



Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden



Die Ausbildung ist unterbrochen worden

vom _____ bis zum _____

....., den

Ort Datum

(Stempel / Siegel der
Einrichtung)

Unterschrift des/der ausbildenden
Arztes/Ärzte

Report on activities as medical trainee

Famulaturzeugnis

The medical student - *Der/Die Studierende der Medizin*

born - *geboren am* _____ in _____

after successfully completing his/her first section of the medical examination was engaged -
ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

from - *vom* _____ to - *bis zum* _____

as a medical trainee in the hospital mentioned below, supervised and trained by me. -
in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen.

During this period of time his/her main field of work was: -
Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet:

beschäftigt worden.

The training was not interrupted. -
Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden.

The training was interrupted from _____ to _____
Die Ausbildung ist unterbrochen worden vom _____ bis zum _____

(Place/Ort)

(Date/Datum)

(Description of the institution, if it concerns a public institution -
official stamp/seal)
(Bezeichnung der Einrichtung; bei öffentlicher Stelle Siegel)

(Signature of the instructing physician/s)
(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte)

Bezirksregierung Düsseldorf
- Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie -
40408 Düsseldorf - Postfach 30 08 65
Dienstgebäude: Am Bonnhof 35

Tel.: +49 211-475-4162, Fax: +49 211-475-5899, Besuchszeit: Di. u. Do. 08.30 - 11.30 u. 13.00 - 14.30 Uhr

Certificat de l'activités comme praticant(e) médical(e)

Famulaturzeugnis

L'étudiant(e) en médecine - *Der/Die Studierende der Medizin*

né(e) le - *geboren am* _____ à - *in* _____

a effectué – après réussite de premier l'examen -
ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

du - *vom* _____ au - *bis zum* _____

un stage opérationnel dans l'hôpital cité ci-dessous, sous ma responsabilité et mes directives.
in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen.

Pendant cette période ses activités se sont orientées autour du domaine: -
Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet:

beschäftigt worden.

Le stage ne s'est pas interrompu. -
Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden.

Le stage s'est interrompu du _____ au _____
Die Ausbildung ist unterbrochen worden vom _____ bis zum _____

(Lieu/Ort)

(Date/Datum)

(Cachet officiel de l'hôpital)
*(Bezeichnung der Einrichtung; bei öffentlicher Stelle
Siegel)*

(Signature)
(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte)

Bezirksregierung Düsseldorf
- Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie -
40408 Düsseldorf - Postfach 30 08 65
Dienstgebäude: Am Bonnhof 35

Tel.: +49 211-475-4162, Fax: +49 211-475-5899, Besuchszeit: Di. u. Do. 08.30 - 11.30 u. 13.00 - 14.30 Uhr

Certificado concerniente al la medicina clinica practica

Famulaturzeugnis

El/La estudiante de medicina - *Der/Die Studierende der Medizin*

nacido/a el - *geboren am* _____ en - *in* _____

después de haber pasado exitosamente el examen de los estudios preclínicos -
ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

del - *vom* _____ al - *bis zum* _____

ha obtenido experiencia práctica en nuestra institución bajo mi supervisión y guianza. -
in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen.

Durante este tiempo el/la estudiante ha estado principalmente activa en el area / campo de: -
Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet:

beschäftigt worden.

La enseñanza no ha sido interrumpida. -
Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden.

La enseñanza ha sido interrumpida del _____ al _____
Die Ausbildung ist unterbrochen worden vom _____ bis zum _____

(ciudad/Ort)

(fecha/Datum)

(Institución - sello en el caso de una institución pública)
(Bezeichnung der Einrichtung; bei öffentlicher Stelle Siegel)

(Firma del medico/medicos a cargo)
(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte)

Bezirksregierung Düsseldorf
- Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie -
40408 Düsseldorf - Postfach 30 08 65
Dienstgebäude: Am Bonnhof 35

Tel.: +49 211-475-4162, Fax: +49 211-475-5899, Besuchszeit: Di. u. Do. 08.30 - 11.30 u. 13.00 - 14.30 Uhr

Certificado

Famulaturzeugnis

O/a estudante de medicina - *Der/Die Studierende der Medizin*

nascido a - *geboren am* _____ em - *in* _____

depois de ter passado no primeiro exame médico -
ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

de - *vom* _____ até - *bis zum* _____

fez um estágio na instituição indicada em baixo sob a minha vigilância e direcção desde -
in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen.

Durante esta tempo o/a estudante efectuou pequenos trabalhos sobretudo no campo especializado de: -
Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet:

beschäftigt worden.

A assistência não foi interrompida. -
Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden.

A assistência foi interrompida desde _____ até _____
Die Ausbildung ist unterbrochen worden vom _____ bis zum _____

(Localidade/Ort)

(Data/Datum)

(nome da instituição se instituição pública : Selo)
(Bezeichnung der Einrichtung; bei öffentlicher Stelle Siegel)

(assinatura do médico/médicos de instrução)
(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte)

Bezirksregierung Düsseldorf
- Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie -
40408 Düsseldorf - Postfach 30 08 65
Dienstgebäude: Am Bonnhof 35

Tel.: +49 211-475-4162, Fax: +49 211-475-5899, Besuchszeit: Di. u. Do. 08.30 - 11.30 u. 13.00 - 14.30 Uhr